



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del
Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal
Llerena” - 2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Torres Mendoza, Mavel

ASESORA:

Mg. Orellana Quispe, Lucy

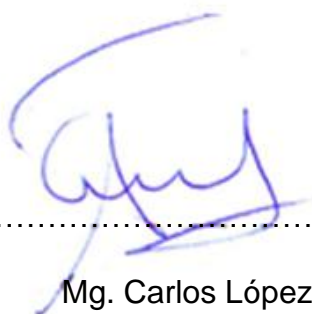
SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

PERÚ-2018



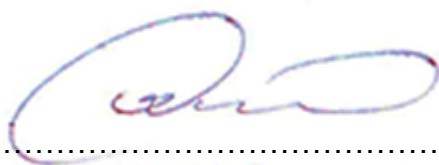
Mg. Carlos López Alva

PRESIDENTE



Dr. René Farfán Bellido

SECRETARIO



Mg. Orellana Quispe, Lucy

VOCAL

El presente trabajo de investigación está dedicado a DIOS, por darme la vida, salud, a mis padres y hermanos por el apoyo incondicional y mi hijo quien es el motivo para seguir superándome.

Mavel.

AGRADECIMIENTOS

Al Rector de la Universidad César Vallejo, por abrir este espacio académico para seguir los estudios de maestría en salud; puesto que, solo con la educación toda una sociedad puede salir adelante y dejar atrás todos los males que atañe a la sociedad.

A los distinguidos catedráticos de la Universidad César Vallejo, por brindar conocimientos acorde al avance de la ciencia y la tecnología; y las necesidades educativas de cada contexto social y regional; del mismo modo, al cuerpo administrativo, por atendernos de forma ágil todos los trámites documentarios.

A mi asesora, la Dra. Orellana De Piscoya, Lucy, por las orientaciones y aportes dados en la construcción de esta tesis; puesto que sin ese apoyo no tendría las características que presenta.

Al Director y plana administrativa del Hospital Regional de Ayacucho, por las facilidades brindadas para el proceso de recolección de los datos determinantes para esta investigación.

La autora.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado, presento ante ustedes la tesis titulada “Registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018”; con la finalidad de evaluar el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría en la institución antes señalada en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación

La autora.

ÍNDICE

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Presentación	vi
Índice.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Realidad problemática.....	11
1.2 Trabajos previos	13
1.3 Teorías relacionadas al tema	18
1.4 Formulación del problema	26
1.5 Justificación del estudio.....	27
1.6 Objetivos.....	28
II. MÉTODO	30
2.1 Diseño de investigación	30
2.2 Variables, Operacionalización	30
2.3 Población y muestra.....	32
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	33
2.5. Métodos de análisis de datos	35
2.6. Aspectos éticos	35
III. RESULTADOS	36
IV. DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. REFERENCIAS	58

ANEXOS

Anexo N° 01: Instrumento

Anexo N° 02: Validez de instrumentos

Anexo N° 03: Matriz de consistencia

Anexo N° 04: Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio

Anexo N° 05: Acta de aprobación de originalidad de la UCV

Anexo N° 07: Otros evidencias

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. El diseño de estudio fue el descriptivo simple. La población estuvo constituida 450 registros de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018. Del mismo modo, se tomó 250 registros del total, el tipo de muestreo para la selección de la muestra fue no probabilístico. Por otro lado, se utilizó la ficha de análisis documental sobre auditoría médica de hospitalización. Por otra parte, se utilizó el software IBM SPSS versión 25.0 para el procesamiento de los datos. Cuyo resultado fue: el 74,8% de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría se encuentran en condiciones de calidad regular; el 70,4%, presenta metodología diagnóstica regular; el 65,2% muestra notas de evolución regular; el 51,6% muestra registro del tratamiento regular; el 78,8% de la hoja de egreso: epicrisis es regular y el 64,4% de las evaluaciones finales y observaciones están regulares. Por lo que se concluye que: El nivel de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Puesto que, según las fichas analizadas, el 91,2% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 8,8% está en buenas condiciones.

Palabra clave: Historias clínicas.

ABSTRACT

The aim of the present investigation was to evaluate the registry of clinical records in the pediatric service of the Regional Hospital of Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" - 2018. The study design was the simple descriptive one. The population was constituted 450 records of the medical records in the area of pediatrics of the Regional Hospital of Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", period December 2017 and January to May 2018. In the same way, 250 records of the total were taken, the Sampling type for the sample selection was non-probabilistic. On the other hand, the document analysis sheet on hospitalization medical audit was used. On the other hand, the software IBM SPSS version 25.0 was used for the processing of the data. The result was that: 74.8% of the medical records in the area of hospitalization are in conditions of regular quality; 70.4% presented a regular diagnostic methodology; 65.2% show notes of regular evolution; 51.6% show a record of regular treatment; 78.8% of the discharge sheet: epicrisis is regular and 64.4% of the final evaluations and observations are regular. Therefore, it is concluded that: The level of registration of the medical records in the area of hospitalization of the pediatric service of the Regional Hospital of Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", is in regular conditions. Since, according to the files analyzed, 91.2% are in regular conditions; while, 8.8% is in good condition.

Key word: Medical records.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El registro de las historias clínicas en el contexto actual es un dilema, por una parte los cambios tecnológicos exigen la adopción al manejo de la tecnología; mientras el personal médico de las generaciones antes de la aparición de las nuevas tecnologías; presentan dificultades en el manejo; mientras que los profesionales jóvenes cuentan con la fortaleza de poder manejar estas tecnologías.

Así también, existen hospitales de gestión pública y privada que carecen del presupuesto necesario para adquirir las tecnologías necesarias para registrar adecuadamente las historias clínicas. Por consiguiente, en el mundo existe la gran dificultad de contar con historias clínicas apropiadas. Las afirmaciones antes señaladas, justifica su planteamiento en las palabras de Reyes, Rodríguez, Thomas, Raya, Gastón & Molina (2012). Quiénes comprobaron que el 44% de las historias clínicas diagnosticadas estaban aceptados; entonces, quiere decir que el 66% no gozan de buena aceptación.

De igual forma, no se tendrá una atención de calidad si no se cuenta con las historias clínicas correctamente llenados en los formatos establecidos y los datos requeridos, con la consignación del personal encargado de la atención del paciente con las notas pertinentes sobre la enfermedad tratada.

De otro lado, en el Perú Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor & Pajuelo (2012) mencionan que el 36,2% de historias clínicas ‘falta mejorar’, esto significa que el personal médico no toma el tiempo necesario para el adecuado llenado de las historias clínicas de los pacientes. Además, en los diferentes hospitales existen malas experiencias en el sentido que desaparecen las historias clínicas de los pacientes, inadecuada resguardo, su conservación de las historias clínicas de los

pacientes. En consecuencia, estas pérdidas y el inadecuado resguardo no contribuyen positivamente a una atención de calidad que merece el paciente para su adecuado tratamiento. En esta perspectiva, la administración de las historias clínicas en los diferentes centros médicos solo permite que se dilate y extienda el tratamiento que debe recibir el paciente en el menor tiempo posible.

A nivel regional, en el departamento de Ayacucho, también se puede evidenciar que el registro de las historias clínicas no es de las mejores condiciones; puesto que, en los hospitales no existe la tecnología pertinente para el adecuado llenado de las historias clínicas; pues falta, uniformidad y organización de las mismas. De otro lado, también no se aprecia el adecuado llenado, no se han seguido el orden establecido en el llenado apropiado y las gráficas son poco legibles de entender.

Así, en el Hospital Regional de Ayacucho, en especial en el área de hospitalización del servicio de pediatría existen dificultades en el adecuado registro de las historias clínicas según las investigaciones realizadas a los médicos que laboran en este sector; cuyos problemas son:

1. Inadecuado llenado de las historias clínicas.
2. Poca legibilidad en el registro de los tratamientos brindados a los pacientes hospitalizados.
3. No ubicación de las historias clínicas en su lugar de almacenamiento.
4. Inadecuada administración de la información sobre el tratamiento brindado desde el ingreso hasta el egreso del paciente.

Las razones antes expuestas, permiten desarrollar la investigación sobre titulada: Registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018; con el propósito de evaluar la calidad de registro de las historias clínicas y conocer a ciencia cierta la verdad sobre el problema planteado con vista a proponer alternativas de solución a las instituciones responsables como el Ministerio de Salud.

1.2. Trabajos Previos

Los antecedentes tomados como soporte para el desarrollo del presente estudio están ordenadas de macro a micro; puesto que, los estudios previos consignados sirven para dar una mirada más amplia sobre el tema tratado. Así, tenemos los antecedentes:

A nivel internacional

Cedeño & Guananga en Guayaquil Ecuador, el 2013, realizó la investigación titulada: Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2013. Tesis de grado previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería en la Universidad de Guayaquil. En una muestra de 50 historias clínicas de los pacientes internados durante el mes de Mayo del 2013; por otra parte, utilizó el cuestionario de conocimientos sobre registros de enfermería aplicados a los profesionales de enfermería. Las conclusiones fueron entre otras:

Se evaluó la calidad de los registros de enfermería obteniendo como resultado que un 11% cumplía con registros de enfermería de calidad en cada uno de los formularios que pertenecen a la Historia Clínica Única llamando la atención que el 100% de historias clínicas tiene un nivel de no cumplimiento en los reportes de enfermería.

Se realizó la auditoria de las Historias Clínicas donde se evidencia la baja calidad de los registros de enfermería obteniendo un nivel de cumplimiento muy inadecuado en cada uno de los formatos de la historia clínica única, alcanzando el 20% de cumplimiento la hoja de administración de medicamento, el 12% la hoja de signos vitales y ninguna historia clínica cumplió con reportes de enfermería de calidad.

Se identificó como causas de un inadecuado registro en los diferentes formatos que pertenecen en la Historia Clínica Única que más del 2/3 del personal considera que la demanda de pacientes a su cargo afecta su desempeño laboral con respecto a los registros de enfermería porque el cuidado directo del paciente no da tiempo para reportarlos por escrito en los diferentes formularios y aun peor si se presenta alguna contrariedad. Cada paciente demanda mucho tiempo no solo en el cuidado directo sino también en el administrativo.

Los registros no se realizan en tiempo real y lo postergan al finalizar la jornada. El 89% de profesionales demostraron que tienen conocimientos sobre NANDA, NIC y NOC, sin embargo el 100% no elaboran Diagnósticos de Enfermería en los reportes este resultado es preocupante, siendo estos tan importante para realizar el Proceso de Atención de Enfermería (p. 64).

De igual modo, Reyes, Rodríguez, Thomas, Raya, Gastón, & Molina en Granada Colombia, el año 2012 desarrollaron la investigación que lleva por título: Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. En población adscrita al Centro de Salud Zaidín Sur. Pacientes que han acudido a la consulta de su Médico de Familia en los últimos 6 meses. En una muestra de 300 historias clínicas de salud, utilizando como instrumento los mismos registros de datos. La conclusión más importante a la que llegó es la siguiente:

Del total de historias analizadas se encontraron 99 valoraciones por enfermería de las cuales tan solo 13 (13,1%) estaban correctamente cumplimentada.

A nivel nacional

Carrión en Andahuaylas Perú, el 2015 realizó un estudio de tipo experimental que lleva por título: Desarrollo de una aplicación web basada en el

modelo vista controlador para la gestión de las historias clínicas de los pacientes en el Centro de Salud de San Jerónimo. Tesis para optar el título profesional de ingeniero de sistemas en la Universidad Nacional José María Arguedas. Tomando como muestra a las historias clínicas de los pacientes del Centro de Salud de San Jerónimo, utilizando como instrumento el plan experimental; llegó a las siguientes conclusiones:

En la investigación realizada se concluye que el desarrollo del SGHC optimiza la gestión de las historias clínicas de los pacientes en el centro de salud de San Jerónimo, tal como se puede observar en los resultados obtenidos.

Gracias a La implementación del SGHC se puede tener acceso a un expediente médico en varias áreas al mismo tiempo.

La implementación del SGHC en el área de admisión reduce el tiempo de búsqueda de los expedientes médicos de los pacientes del centro de salud de San Jerónimo.

La implementación del SGHC en el área de admisión reduce la perdida y la no ubicación de los expedientes médicos de los pacientes del centro de salud de San Jerónimo.

La implementación del SGHC en el área de admisión elimina por completo el deterioro del soporte documentario del expediente médico de los pacientes del centro de salud de San Jerónimo (p. 90).

De forma similar, Quispe, en Lima Perú, en el año 2013, desarrolló la investigación: Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del callao, Perú 2013. En una muestra recogida en cuatro hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Cuyos datos fueron recogidos con la ficha de análisis documental de la Auditoria de Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud. Estas son alguna de las conclusiones a las que arribó:

En el servicio de pediatría de un hospital limeño, se halló que el llenado de historias clínicas era deficiente, donde el tratamiento no farmacológico registrado era solo en el 15,6% de las historias, y el farmacológico completo en el 24,5%. Esto podría deberse a que el personal de salud no suele anotar estos datos. Sin embargo, no descarta que la información sea dada verbalmente o escrita en la receta médica. Al ser el centro de salud un establecimiento del primer nivel de atención se debe procurar el registro de estas medidas, ya que este se orienta a brindar una atención integral, en el cual, se debe fomentar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, ya que se encontró un registro bajo de hora de atención (45%) y letra legible (32%), y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal.

Consideramos que la auditoría de historias clínicas debe realizarse de forma semestral, con énfasis en el primer nivel de atención, luego de capacitaciones del personal, para la adquisición de competencias necesarias; e incluirla como parte del SERUMS (p. 720)

Seguidamente, Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor & Pajuelo, en Lima Perú, el año 2014, realizaron la investigación sobre: Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. Llegó a los siguientes resultados:

El 63,8% (206) de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnóstico y tratamiento completo

fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Cuya conclusión fue que: Más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares en la Clínica Centenario Peruano Japonesa (p. 01)

A nivel local

Quispe, en Ayacucho Perú, el 2017, realizó una tesis sobre: Calidad del registro de la historia clínica, departamento de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016. Tesis para obtener el Grado Académico de Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud en la Universidad César Vallejo. En una muestra de 312 registros de datos en el departamento de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2016 seleccionado probabilísticamente; utilizando la ficha de Auditoria de la Calidad de Atención de Emergencia. Las conclusiones fueron entre otras:

El nivel de calidad del registro de la historia clínica del departamento de emergencia del hospital regional de Ayacucho está por mejorar. Pues, el 73,4% del registro de la historia clínica del departamento de emergencia del hospital regional de Ayacucho, está por mejorar en la calidad; mientras que, el 26,6% es aceptable o se encuentra en buenas condiciones.

El nivel de calidad del registro del diagnóstico en el departamento de emergencia del hospital regional de Ayacucho, está por mejorar. Pues, 56,1% del registro del diagnóstico en el departamento de emergencia del hospital regional de Ayacucho, está por mejorar en

la calidad; mientras que, el 43,9% es aceptable o se encuentra en buenas condiciones.

El nivel de calidad del registro de notas de evolución, examen complementario e interconsultas en el departamento de emergencia del hospital regional de Ayacucho, está por mejorar. Pues, 59,9% del registro de notas de evolución, examen complementario e interconsultas en el departamento de emergencia del hospital regional de Ayacucho, está por mejorar en la calidad; mientras que, el 40,1% es aceptable o se encuentra en buenas condiciones. (p. 46)

1.3. Teorías relacionadas al tema

Registro de las historias clínicas

El Ministerio de Salud - Perú (2018) en su texto denominado: norma técnica de salud para la gestión de historia clínica de los establecimientos del sector salud elaborado por la Dirección General de Salud de las Personas N.T. N° 139-MINSA/2018/DGAIN, dice que el registro de las historias clínicas: “Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente” (p. 06).

De forma similar, Gómez & Gonzales (2008, p. 26) cita al Ministerio de Salud – Colombia, quién en la resolución 1995 del año de 1999 artículo 1 literal a dice que la historia clínica es un instrumento privado de registro obligatorio que se mantiene en reserva, en la que anotan todos los detalles que realiza el médico y todos los actos practicados por el personal médico que atendió al paciente. Además, este documento no puede ser conocido por otras personas si no por autorización expresa de acuerdo a ley.

Enfoques en la evaluación de las historias clínicas

Renau & Pérez (2001) plantea que existen dos enfoques la evaluación de la calidad de las historias clínicas enfoque de historias completas o de calidad y otra centrado en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las historias. A continuación, se explica cada una de ellas:

Enfoque de historias completas o de calidad

Este enfoque plantea que las historias clínicas deben contener todos los estándares solicitados para que la historia sea de calidad; en este sentido, bajo este enfoque siempre se están evaluando las falencias que presentan las historias clínicas con la finalidad de corregir los errores que presenta dicho documento en el menor tiempo posible. Además, bajo la orientación de este enfoque, las historias clínicas son evaluadas por el personal médico de forma cuantitativa y cualitativa. En el modo cuantitativo, se observan los porcentajes y/o resultados objetivos; mientras que, en la evaluación cualitativa, es la parte interpretativa donde interviene con mayor intensidad la parte subjetiva de los profesionales clínicos o médicos que conocen el tema.

Enfoque centrado en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las historias

Este enfoque plantea que es necesario la realización de una revisión de las historias con la finalidad de hacer conocer a los servidores clínicos para que conozcan las falencias que presentan dichas historias y tomen las correcciones necesarias en la toma de posteriores registros de las historias clínicas. Dicho de otro modo, el personal clínico, debe tener el cuidado necesario en no cometer los errores detectados en el registro de las historias clínicas anteriores.

Finalidad de las historias clínicas

La finalidad que persiguen las historias clínicas en palabras de Velito y Tejada (2010) es “recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria” (p. 02). Por lo que, el médico con la finalidad de brindar el tratamiento pertinente elabora la historia clínica para seguir asistiendo al paciente hasta su cura definitivo.

Puesto que sin este instrumento, el personal médico que presta el tratamiento al paciente le sería imposible que el médico parta en el proceso de tratamiento hacia la cura de la enfermedad del paciente. Así también, las historias clínicas también cumplen otras funciones según sea el caso.

Importancia de la historia clínica

La importancia de la historia clínica, según Pérez (2012), son los siguientes:

1. Es un instrumento que ayuda al personal médico entender al paciente o conocer mejor al paciente sobre la enfermedad que padece.
2. Facilita al personal médico realizar el diagnóstico con mayor prontitud y facilidad sobre el estado actual del paciente.
3. Sirve para realizar el reporte estadístico sobre las enfermedades más comunes y más tratados por el personal médico.
4. Permite entender con mayor claridad la enfermedad que padece el paciente e ir formulando la medicación con vista a la cura de la enfermedad.

De otro lado, según Quesada (2015) si se registra la historia clínica de los niños es importante contar con la presencia de los padres de familia; puesto que ellos brindarán mayor información para la comprensión de la enfermedad del paciente (niño). Por ello es importante, sacar toda la información posible sobre el malestar que siente y las síntomas que padece el paciente y registrándolo adecuadamente.

Funciones de la historia clínica

Las funciones que cumple la historia clínica según Carrión (2015, p. 23-24) son de:

1. Asistencial
2. Docencia
3. Investigación clínica
4. Planificación y gestión de recursos asistenciales
5. Jurídico-legal
6. Controles de calidad asistencial.

Necesidad de controlar la calidad de las historias clínicas

La necesidad de controlar la calidad de las historias clínicas en los hospitales y clínicas tanto públicas y privadas; según Renau & Pérez (2001) manifiestan que el registro de las historias clínicas, es el documento base para conocer el problema que aqueja al paciente. Por ello, las historias clínicas requieren presentar y cumplir con ciertos criterios de calidad, tales criterios de calidad están referidas al diagnóstico y el tratamiento que recibió el paciente. Por tal motivo, las historias clínicas de calidad requieren ser revisadas y controladas de forma permanente por los servidores clínicos.

Métodos de archivo de las historias clínicas

En la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, documento emitida por el Ministerio de Salud - Perú (2006), se observa que los métodos de archivo de las historias clínicas son las modalidades de cómo se archivan las historias clínicas, estos métodos son: método convencional, método dígito terminal.

Método convencional

Es la manera de cómo se archivan las historias clínicas en forma ordenada, según el tiempo en que se inscribió. Dicho de otro modo, las historias clínicas,

deben ser archivadas en forma ascendente; teniendo siempre presente las fecha de registro del paciente en forma secuencial.

Método dígito terminal

El Ministerio de Salud (2006), afirma que el método digital terminal es una forma eficiente de archivar las historias clínicas para ello solo basta tomar la numeración del archivo. Para tal fin Ruíz (2014) dice que se deben tomar:

Los dos últimos dígitos del, número de historia. Estos dos últimos dos dígitos se denominan Primarios. Con este método el archivo se divide en 100 secciones que van del 00 al 99 y las historias clínicas se archivarán en la sección que corresponda a los dos últimos dígitos Ejemplo: todas las historias clínicas que terminan en 34 se archivan en la sección 34, las que terminan en 00 en la sección 00 (p. 01).

Características de la historia clínica

Franco (1998) en su condición de miembro de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE, dice que las historias clínicas deben presentar las siguientes características:

Su práctica es obligatoria

Todos los datos sobre el estado de salud de los pacientes deben ser registrados de forma obligatoria. Además, solo corresponde al paciente y a ninguna persona más, así, nadie también tiene derecho a acceder a la información registrada.

Es irremplazable

Todos los datos consignados o registrados en el archivo clínico deberán permanecer tal como fue escrita en su momento durante su vigencia, que es de

registro activo 5 años, registró inactivo 10 años que rigen a partir de la última visita del paciente al hospital o recibió atención. Aunque se puede guardar 5 años más antes de destruirlo.

Es privada y pertenece al paciente

Los médicos que conocen el estado del paciente contenidas en la historia clínica debe ser mantenido en forma confidencial; puesto que, los datos que contiene las historias clínicas solo pertenecen al paciente por lo tanto es privado; de lo contrario, se estaría violando el derecho que tiene toda persona por su condición humana.

Es objetiva y veraz

Todo lo que se anota en las historias clínicas debe descansar en la licitud de lo que asevera en dicho documento; como tal, la descripción que hacen los médicos debe responder en función de los síntomas que presenta el paciente.

Es clara

Tiene que ser veras el diagnóstico que efectúa el médico sobre todos procedimientos efectuados de las molestias que presenta el paciente para entender mejor el grado de enfermedad que padece el paciente.

Es legible

El cuerpo médico que registra la historia clínica tiene la responsabilidad de escribir de forma clara y buena caligrafía las síntomas o los procedimientos practicados en el paciente; puesto que si la escritura no es legible no se tendrá una información pertinente sobre la situación del paciente.

Posee integridad y estructuración interna

Todas las partes deben ser llenadas en estricto orden secuencial de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos para todos los pacientes; de ese modo se logra que las historias clínicas no sean inadecuadamente llenados u omitidos en alguna parte de su estructura.

Racionalidad científica

Según Carrión (2015), la racionalidad científica consiste en que las historias clínicas no pueden ser llenadas por cualquier persona; sino requiere que un profesional médico entendido en la materia registre dichos datos. Por consiguiente, estos datos permiten tener la información para cuando se requiere brindar el tratamiento médico.

Disponibilidad

Al respecto Carrión (2015), menciona que las historias clínicas deben estar a disposición del personal médico cuando se le requiere en función a los criterios de privacidad y confidencialidad.

Formato en hospitalización o partes de la historia clínica de la hospitalización

De acuerdo al Manual de Auditoria en Salud del Hospital San José del Callao (2004), el formato o partes establecidas según las normas internacionales sobre las historias clínicas son las siguientes: Calidad de registros, metodología, diagnóstica, notas de evolución, tratamiento, hoja de egreso: Epicrisis, evaluación final y observaciones. A continuación se detallan cada una de ellas:

Calidad de registros

En esta parte se registran la fecha, los datos de filiación, la enfermedad actual, los síntomas, el relato de la enfermedad que padece el paciente, los antecedentes de las enfermedades que ha padecido el paciente.

Metodología diagnóstica

Es el proceso mediante el cual el médico especializado que atiende al paciente registra las condiciones que presenta el paciente al ingresar al hospital. Es decir, el médico consigna todo el diagnóstico sobre el paciente de forma personal.

Notas de evolución

Aquí se consigna la secuencia de notas en el tiempo que permanece hospitalizado el paciente, sobre las funciones cardiovasculares, los resultados de los exámenes practicados y las mejoras o empeoramiento de la situación vital del paciente.

Tratamiento

Todo el tratamiento que se le asiste al paciente debe ser registrado en la historia clínica, los alimentos que se le asiste, los medicamentos suministrados, los cuidados prestados por las enfermeras, las dosis de medicamentos administrados a los pacientes según los intervalos de tiempo por las vías endovenosas u oral.

Hoja de egreso: Epicrisis

Es elaborado por el personal médico quién atendió al paciente cuando se le da alta. Por lo tanto, la historia clínica de los pacientes, debe contener todo un resumen de lo que recibió antes y durante la hospitalización.

Evaluación final y observaciones

Los documentos deben estar adecuadamente redactados tal como establece las normas y si se trata de enfermedades epidemiológicas debe ser comunicado a la unidad de epidemiología, así como las historias clínicas deben respetar los formatos establecidos de igual modo, se debe validar si la historia clínica es favorable para la enseñanza.

1.4. Formulación del problema

Problema general

- ✓ ¿Cómo se encuentra el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

Problemas específicos

PE1: ¿Cómo es la calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

PE2: ¿Cómo se registra la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

PE3: ¿Cómo se registra las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

PE4: ¿Cómo se registra el tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

PE5: ¿Cómo se registra la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

PE6: ¿Cómo se registra la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?

1.5. Justificación del estudio

Este estudio justifica su existencia en las razones que se expresan en las líneas siguientes:

Este trabajo es de **conveniencia**, para la comunidad peruana y ayacuchana; puesto que permite conocer cómo se está trabajando por la salud de todos los niños que asisten al servicio de pediatría en el Hospital Regional de Ayacucho. En este orden de ideas, el trabajo sirve para que las autoridades encargados de velar por la salud de los niños conozcan el estado en que se encuentran el registro de las historias clínicas.

De otro lado, este estudio adquiere **relevancia social**, ya que sus resultados servirán a las autoridades de los hospitales tomen cartas sobre el registro de las historias clínicas; ya que, si existe un registro inadecuado de las historias clínicas, el tratamiento será inadecuado. Tales aseveraciones justifican su importancia para la sociedad.

De igual forma, las **implicancias prácticas**, de este estudio están orientado a servir de instrumento para las futuras investigaciones y de base para

la reformulación o aplicación de otros métodos para la solución del problema estudiado; mejor dicho, para el adecuado manejo de las historias clínicas.

De otro lado, el **valor teórico**, reside en que el estudio propone las definiciones precisas sobre la variable estudiada y sus respectivas dimensiones; del mismo modo, los resultados pueden ser generalizados por el MINSA para elaborar planes para mejorar el tratamiento de las historias clínicas.

Por último, este trabajo goza de **utilidad metodológica**, porque el instrumento, la metodología y los resultados pueden ser de mucha ayuda en la elaboración de estudios posteriores sobre el tema para la obtención del título o los grados de magíster o doctor en la especialidad de salud.

1.6. Objetivos

Objetivo General

- ✓ Evaluar el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

Objetivos específicos

OE1: Evaluar la calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

OE2: Evaluar el registro de la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

OE3: Evaluar el registro de las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

OE4: Evaluar el registro del tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

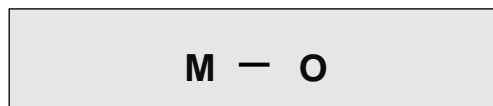
OE5: Evaluar el registro de la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

OE6: Evaluar el registro de la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de Investigación

El diseño de investigación del presente trabajo de investigación es descriptivo simple. A decir, de Abanto (2016), este diseño busca recolectar los datos en una sola población con la finalidad sin alterar la variable observada; es decir, en este estudio solo se persigue analizar y describir la variable observada sin ningún tratamiento o intervención de una variable independiente. Cuyo esquema es la que se muestra líneas contiguas:



Dónde:

M: Representa la muestra en el que se va a realizar la investigación, y

O: Representa la información o datos que se obtiene al aplicar los instrumentos en la muestra respectiva.

2.2. Variables, operacionalización

Variable

El presente estudio es univariable como tal presenta la siguiente **variable de observación**: Registro de las historias clínicas.

Operacionalización de variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable de observación (X)

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDICIÓN
Registro de las historias clínicas	El registro de las historias clínicas: “Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente” (p. 06).	Calidad de registros	Consigna fecha, hora. Registro de datos. Registro de anamnesis y examen clínico. Plan de trabajo.	Cuantitativa	Ordinal	Puntuaciones del cuestionario
		Metodología Diagnóstica	Examen físico. Adecuado planteamiento del problema. Tiempo promedio estandarizado.	Cuantitativa	Ordinal	EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)
		Notas de evolución	Secuencia de notas. Anota funciones vitales. Anota resultados. Relato claro.	Cuantitativa	Ordinal	H.C. Excelente: 91 a 100% H.C. Buena: 71 a 90% H.C. Regular: 51 a 70% H.C. Mala: 00 A 50%
		Tratamiento	Anota diariamente medicamentos. Duración del tratamiento. Tratamiento médico.	Cuantitativa	Ordinal	El máximo puntaje es 1,000 equivalente al 100%
		Hoja de egreso: Epicrisis	Diagnóstico de ingreso. Presenta resumen. Especifica referencia.	Cuantitativa	Ordinal	
		Evaluación final y observaciones	Orden de los documentos. Notificó a la Unidad de Epidemiología. Registro de enfermería. Anota grado de dependencia. Anota el estado del paciente.	Cuantitativa	Ordinal	

2.3. Población y muestra

Población

El objeto de estudio del presente trabajo de investigación; es decir, la población está integrada por 450 registros de las historias clínicas en el área de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de la provincia de Huamanga de la jurisdicción del departamento de Ayacucho. Por consiguiente, las historias analizadas serán correspondientes al periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018. Se toma esta población; puesto, que según Bernal (2010), una población de estudio es el total de sujetos que viven bajo las mismas condiciones, comparten una determinada cultura y una visión del mundo.

Muestra

Al respecto Portilla y Roque (2003), afirman que la muestra “es un subconjunto de las unidades de observación comprendidas en un marco, que es representativo de ésta, y que se somete a la observación rigurosa, con el propósito de obtener informaciones o apreciaciones válidas también para la población (p. 46). En función de la definición anterior, se ha determinado como muestra de estudio a 250 registros de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, que se atendieron durante el periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, para el desarrollo de la investigación.

Muestreo

El presente trabajo de investigación ha tomado para la elección de la muestra el tipo de muestreo no probabilístico, sobre este tipo de muestreo Montero y De La Cruz (2016), en su texto titulado metodología de la investigación científica afirma que “consiste en seleccionar la muestra de acuerdo a ciertas características que deben cumplir cada sujeto u objeto materia de estudio” (p.

152), en tal sentido se ha tomado de forma intencional la muestra para desarrollar la investigación en función de los criterios propios para acceder a la información.

Criterios de selección

Para el presente estudio se considera como muestra a los registros de las historias clínicas tal como se ha determinado a continuación:

Criterios de inclusión

Todas las Historias Clínicas que se encuentren durante el periodo de investigación diciembre 2017 hasta mayo del 2018 y archivados en el almacén de los registros médicos del Hospital Regional de Ayacucho, tal como establece el reglamento institucional y las normas vigentes.

Criterios de exclusión

Serán excluidos todos los registros de las historias clínicas que se encuentren en custodia por problemas médicos legales; del mismo modo, aquellas historias clínicas anteriores a diciembre 2017 y posteriores del mes de mayo 2018. Del mismo modo, a decir de Quispe (2017, p. 30, 31):

1. Las historias clínicas, que presenten problemas legales.
2. Las historias clínicas, que se encuentran fuera del tiempo establecido.
3. Las historias clínicas que se encuentran observadas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

La técnica de investigación utilizada para el desarrollo del presente trabajo de investigación será el análisis documental; pues este documento en palabras de Valderrama (2007), sirve para desarrollar el análisis de la información con la finalidad de obtener un producto; para ello el investigador deberá analizar,

interpretar y presentar sus conclusiones sobre el tema estudiado. En este hilo seguido, se empleará esta técnica para analizar el registro de las historias clínicas.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó para el acopio de la información para el desarrollo de este trabajo de investigación fue la guía de análisis documental sobre auditoría médica de hospitalización elaborado por el Hospital San José del Callao el año 2004 que se encuentra en su Manual de Auditoria en Salud. Cuyo cuadro de puntaje se presenta, a continuación:

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

H.C. Excelente: 91 a 100%

H.C. Buena: 71 a 90%

H.C. Regular: 51 a 70%

H.C. Mala: 00 A 50%

El máximo puntaje es 1000 equivalente al 100%.

Validez

El proceso de validación del instrumento se desarrolló en función de los parámetros establecidos en la correlación de la R de Pearson, los mismos arrojaron como puntaje mínimo el valor de 0.22 y como puntaje máximo el valor de 0.77, resultados que superan el estándar establecido (0.21) para aceptar la validación estadística al utilizarse instrumentos estandarizados; puesto que, para este estudio se utilizó el cuestionario tipo Likert del hospital San José del Callao, elaborado el año 2004, para la recolección de la información (Ver resultados en el anexo).

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se desarrolló en el 5% de la muestra en función de la aplicación de la prueba piloto; como tal, para llegar a determinar la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach, procesado haciendo uso del software IBM- SPSS versión 25.0. Cuyo resultado confirma que el instrumento presenta una consistencia interna de nivel buena (0.806).

2.5. Métodos de análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó con el Software Estadístico IBM- SPSS versión 25.0. De cuya aplicación se obtuvo las tablas con frecuencia acumuladas (N) y relativas (%) de la variable y sus respectivas dimensiones. Estos resultados estadísticos permitirán interpretar e inferir las conclusiones como producto del desarrollo de esta investigación. Además, cada tabla responde a un objetivo y permite inferir una conclusión en función de los propósitos de este estudio. Del mismo modo, en la discusión de resultados se tomó los antecedentes del estudio y las teorías expuestas en el marco teórico.

2.6. Aspectos éticos

El presente estudio ha tomado en cuenta la creación de las ideas, expuestos en teorías, conceptos, clasificaciones, tipos, enfoques, entre otros; por lo que se ha citado tal como orienta las Normas APA – SEXTA EDICION para la redacción de trabajos académicos; así como, mandan las normas establecidas en la Constitución Política del Estado Peruano.

III. RESULTADOS

A nivel descriptivo

El presente capítulo contiene información del procesamiento estadístico de datos en siete (07) tablas, haciendo uso de las frecuencias relativas simples.

Tabla 1

Nivel de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018

CRITERIOS	f_i	%
REGULAR	228	91,2
BUENA	22	8,8
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra.

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

Interpretación

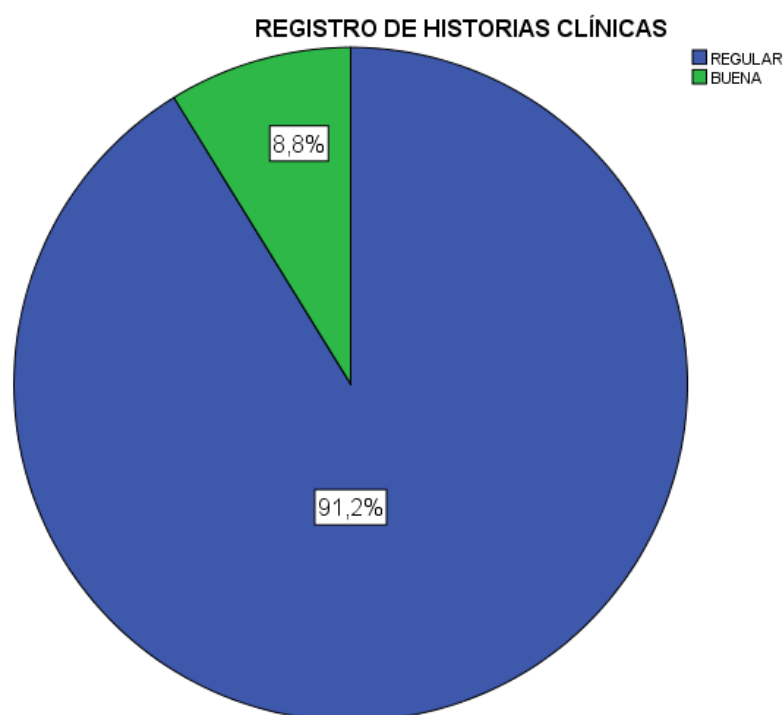
En la tabla 1, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 91,2% del registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 8,8% está en buenas condiciones.

De la tabla se infiere que, el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel

Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a buena en lo que se refiere al registro de: calidad, metodología diagnóstica, tratamiento, hoja de egreso: epicrisis y evaluación final y observaciones; por lo que, se hace necesario implementar estrategias para su mejor acopio de datos con la finalidad de contar con registros de historias clínicas de calidad.

Gráfico 1

Nivel de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 1
Elaboración: Propia

Tabla 2

Nivel de calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” – 2018

CRITERIOS	f_i	%
MALA	42	16,8
REGULAR	187	74,8
BUENA	21	8,4
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

Interpretación

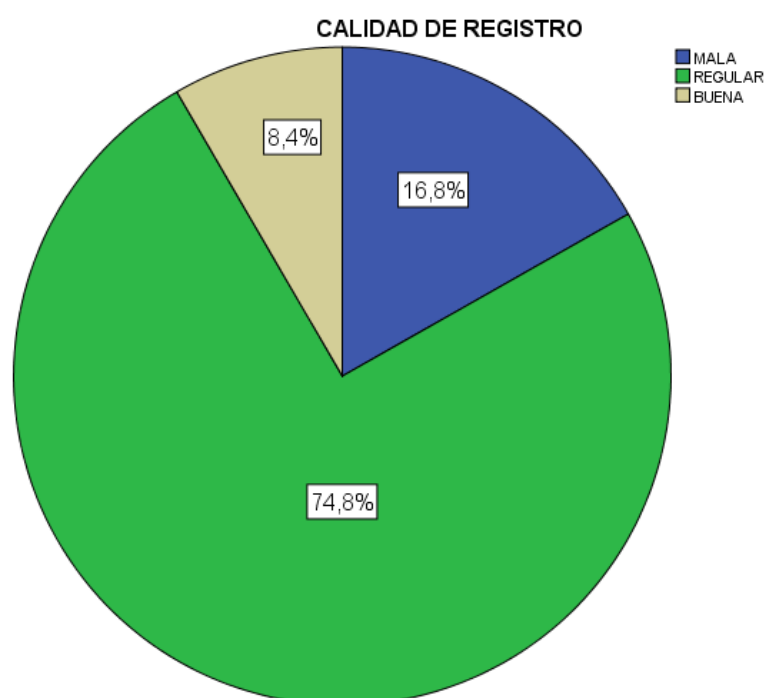
En la tabla 2, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 74,8% de la calidad de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; el 16,8% en malas condiciones; mientras que, el 8,4% está en buenas condiciones.

De la tabla se infiere que, la calidad del registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a mala en lo que se refiere a la calidad en: el anote de fecha y hora, registro de los datos de filiación, examen del análisis clínico, en la

presentación, legibilidad al escribir, sello y firma del médico responsable y el uso de la hoja de problemas. Por lo que se hace necesario, implementar una nueva reingeniería que permita mejorar la calidad de registro de las historias clínicas.

Gráfico 2

Nivel de calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 2

Elaboración: Propia

Tabla 3

Nivel de registro de la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018

CRITERIOS	f_i	%
MALA	22	8,8
REGULAR	176	70,4
BUENA	52	20,8
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra.

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

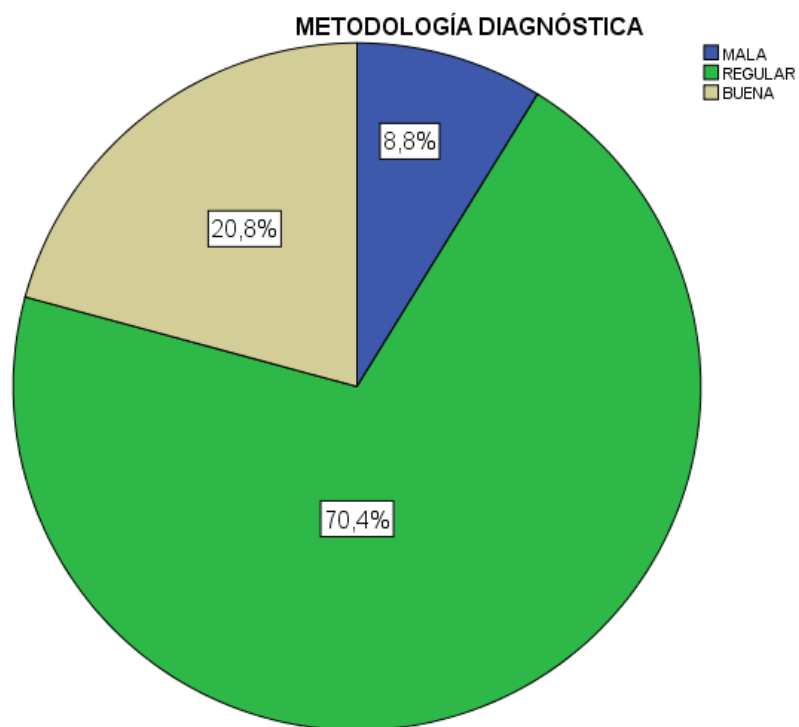
Interpretación

En la tabla 3, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 70,4% de la metodología diagnóstica empleada en el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; el 20,8% en buenas condiciones; mientras que, el 8,8% está en malas condiciones.

De la tabla se infiere que, la metodología diagnóstica empleada en el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a buena, pero todavía se requiere tomar medidas para el registro adecuado de los datos tales como: la realización del examen físico completo, el tiempo estándar establecido para el diagnóstico, exámenes auxiliares y otros. Con la finalidad de contar con mejor registro de historias clínicas de los pacientes.

Gráfico 3

Nivel de registro de la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 3

Elaboración: Propia

Tabla 4

Nivel de registro de las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018

CRITERIOS	f_i	%
MALA	3	1,2
REGULAR	163	65,2
BUENA	84	33,6
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra.

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

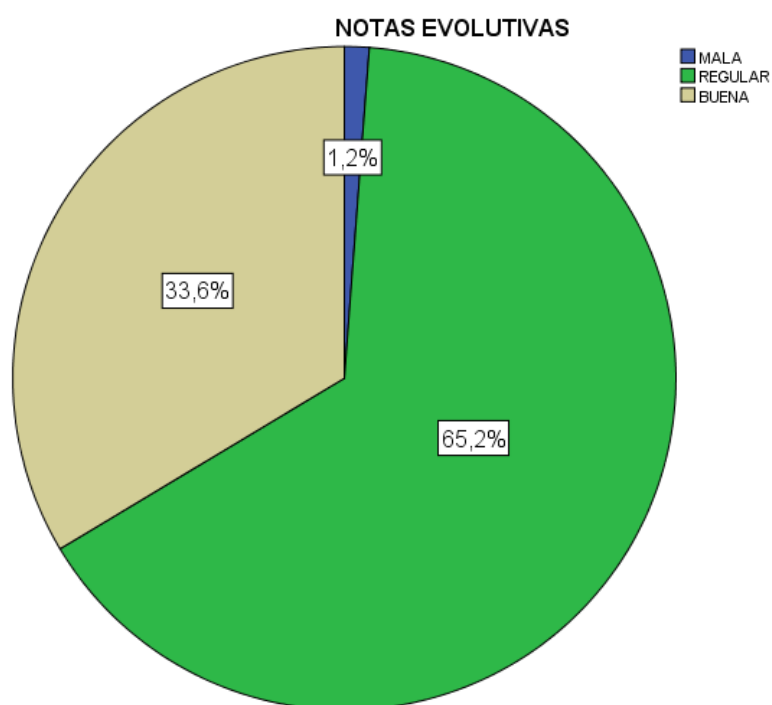
Interpretación

En la tabla 4, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 65,2% de registro de las notas de evolución de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; el 33,6% en buenas condiciones; mientras que, el 1,2% está en malas condiciones.

De la tabla se infiere que, el registro de las notas de evolución del registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a buena, pero aún falta seguir mejorando en: la secuencia de notas si anotan las fechas, anotar las funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización, seguimiento de los problemas planteados, evolución de acuerdo al SOAP, entre otros, con el propósito de seguir mejorando el adecuado registro de las historias clínicas.

Gráfico 4

Nivel de registro de las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 4

Elaboración: Propia

Tabla 5

Nivel de registro del tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018

CRITERIOS	f_i	%
REGULAR	121	48,4
BUENA	129	51,6
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra.

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

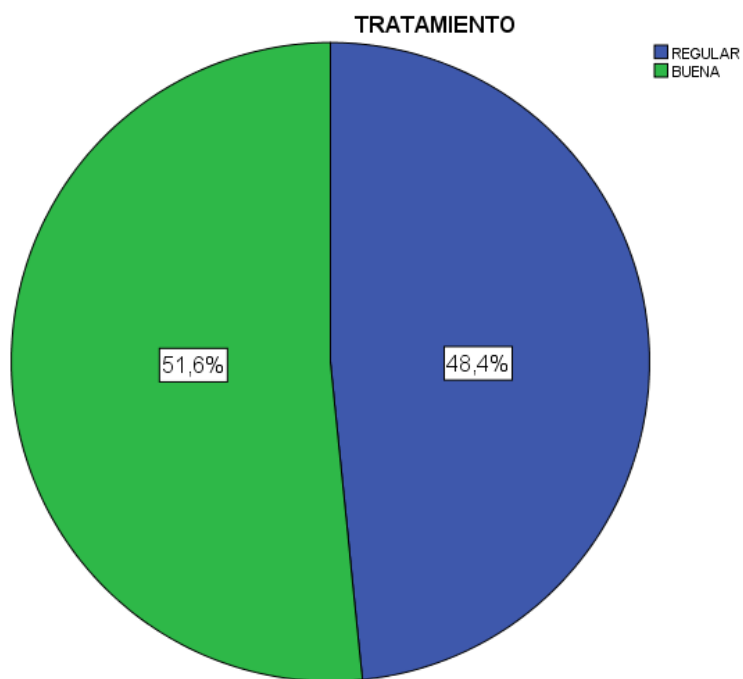
Interpretación

En la tabla 5, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 51,6% del registro del tratamiento de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 48,4% está en buenas condiciones.

De la tabla se infiere que, del registro del tratamiento de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a buena, pero hace falta seguir mejorando en: anotar diariamente los medicamentos, dosis, vía de administración, periodicidad, duración y dieta; los tratamientos médicos quirúrgicos, consignar la huella y firma del médico que indica el tratamiento, entre otros. Con la finalidad contar con adecuado registro de historias clínicas.

Gráfico 5

Nivel de registro del tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 5
Elaboración: Propia

Tabla 6

Nivel de registro de la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018

CRITERIOS	f_i	%
REGULAR	197	78,8
BUENA	53	21,2
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

Interpretación

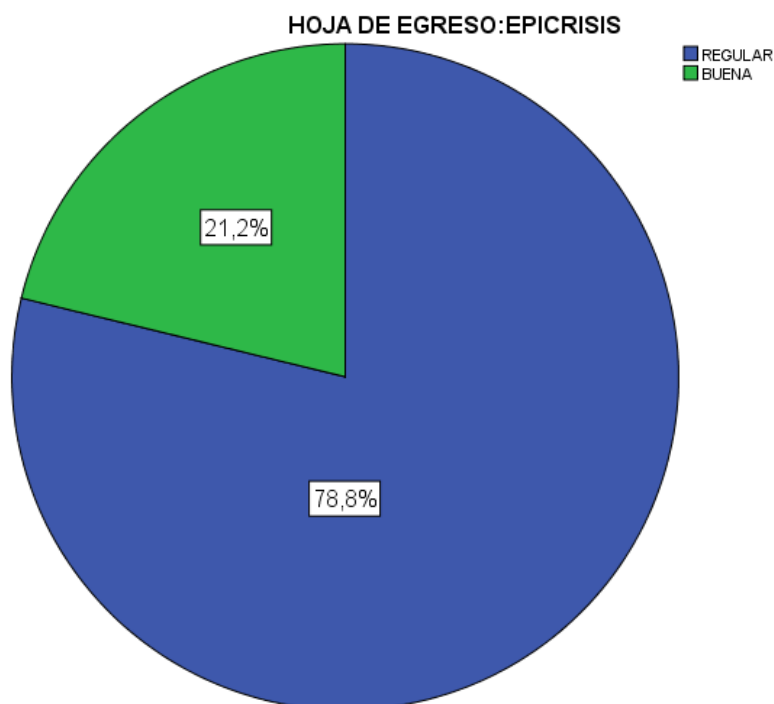
En la tabla 6, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 78,8% del registro de la hoja de egreso: epicrisis de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 21,2% está en buenas condiciones.

De la tabla se infiere que, del registro de la hoja de egreso: epicrisis de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a buena, pero hace falta seguir mejorando en: en el diagnóstico de ingreso, concisión y claridad en el registro, anote

del tratamiento médico y quirúrgico impartido, especificación de referencia, entre otros. Con el propósito de contar con adecuado registro de historias clínicas.

Gráfico 6

Nivel de registro de la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 6

Elaboración: Propia

Tabla 7

Nivel de registro de la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018

CRITERIOS	f_i	%
MALA	2	,8
REGULAR	161	64,4
BUENA	87	34,8
Total	250	100,0

Nota: f_i : frecuencia absoluta; $h_i(\%)$: frecuencia relativa. Total: 250 = n = muestra.

Fuente: Historias clínicas del servicio de pediatría

Elaboración: Propia

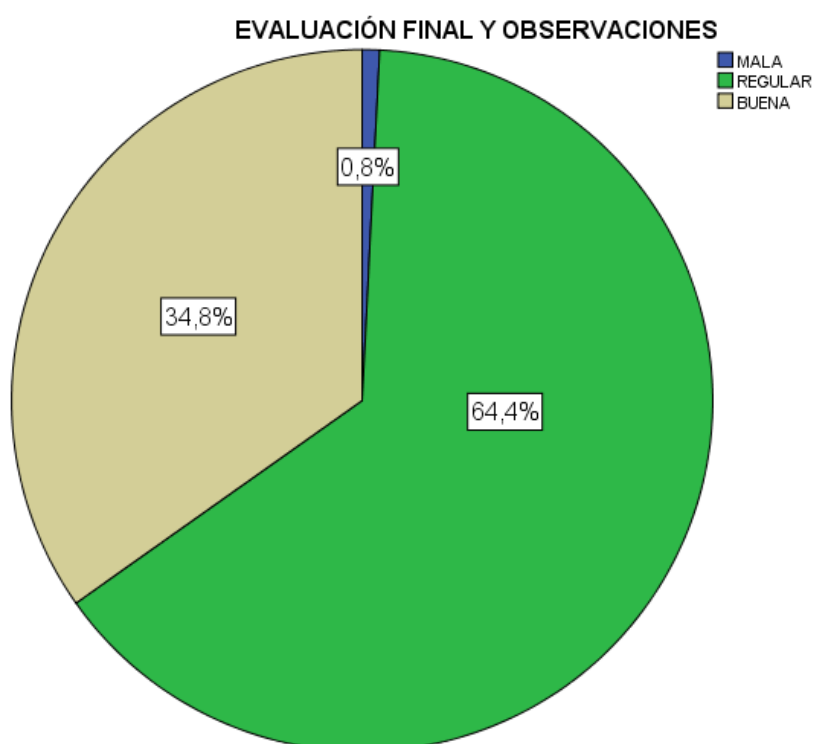
Interpretación

En la tabla 7, del 100% de las fichas analizadas, se observa que, el 64,4% del registro de la evaluación final y observaciones de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo diciembre 2017 y enero a mayo 2018, se encuentran en condiciones regulares; el 34,8% en buenas condiciones; mientras que, el 0,8% está en malas condiciones.

De la tabla se infiere que, del registro de la evaluación final y observaciones de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, periodo 2017-2018, se encuentran en condiciones regulares con tendencia a buena, pero hace falta seguir mejorando en: el orden de los documentos según emanan las normas, si en caso de enfermedades se comunicó a la unidad de epidemiología, uso de formatos oficiales, el contenido es adecuado para la enseñanza, etc. Con la finalidad de contar con adecuado registro de historias clínicas.

Gráfico 7

Nivel de registro de la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018



Fuente: tabla 7.

Elaboración: Propia

IV. DISCUCION

En la gestión pública y privada de los hospitales, a nivel nacional existen falencias en el registro de las historias clínicas, la probable causa, es el presupuesto; que es necesario para adquirir tecnologías y registrar las historias clínicas adecuadamente. Por consiguiente, en el mundo existe la gran dificultad de contar con historias clínicas apropiadas. Las afirmaciones antes señaladas, justifica su planteamiento en las palabras de Reyes, Rodríguez, Thomas, Raya, Gastón & Molina (2012); Quiénes comprobaron que el 44% de las historias clínicas diagnosticadas estaban aceptados; entonces, quiere decir que el 66% no gozan de buena aceptación.

Por lo tanto, tenemos la necesidad de evaluar la calidad de registro de las historias clínicas y conocer a ciencia cierta la verdad sobre el problema planteado con vista a proponer alternativas de solución a las instituciones responsables como el Ministerio de Salud. Seguidamente, me permite desarrollar la investigación sobre titulada: Registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

En los resultados se ha podido demostrar que el nivel de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Puesto que, según las fichas analizadas, el 91,2% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 8,8% está en buenas condiciones de acuerdo a la Tabla N° 01. Cedeño & Guananga (2014, realizó la tesis denominada: Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2013, concluye que; un 11% cumplía con registros de enfermería de calidad en cada uno de los formularios que pertenecen a la Historia Clínica Única. Esto hace notar, que la calidad de registro de historias clínicas no es adecuada, muestra deficiencias

en el registro de datos, análisis clínico, sello y firma de los responsables y del paciente.

En referencia al nivel de calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría, se encuentra en condiciones regulares. Puesto que, según las fichas analizadas, el 74,8% se encuentran en condiciones regulares; el 16,8% en malas condiciones, según la Tabla N° 02. Resultado que es corroborado por Reyes, Rodríguez, Thomas, Raya, Gastón, & Molina (2012), analizó 99 historias clínicas, por lo tanto, las cuales tan solo 13,1 % la cual es valorada. Se tiene que enfatizar en la importancia de las historias clínicas; pues, es un instrumento importante que presta al tratamiento del paciente respecto hacia la cura de su enfermedad.

Referente al nivel de registro de la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría. Puesto que, según las fichas analizadas, el 70,4%, se encuentran en condiciones regulares; el 20,8% en buenas condiciones; mientras que, el 8,8% está en malas condiciones, demostrado en la Tabla N° 03. En los estudios de Carrión (2015), se desarrolló una aplicación web basada en controlar las historias clínicas de los pacientes, en la cual se logró tener un acceso a los expedientes médicos de los pacientes. En síntesis, queda demostrado que la realización del examen físico completo, el tiempo estándar establecido todavía no son las adecuadas en contraste con los estudios de Carrión.

Nivel de registro de las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 65,2% se encuentran en condiciones regulares; el 33,6% en buenas condiciones; mientras que, el 1,2% está en malas condiciones, según obtenido en la Tabla N° 04. Del mismo modo, Quispe (2013) llegó a la conclusión que, el llenado de las notas de evolución en el área de servicio de pediatría son deficientes, esto podría deberse a que el personal de salud no anota los datos de los pacientes. En consecuencia, aún falta seguir mejorando en la secuencia de notas.

Nivel de registro del tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 51,6% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 48,4% está en buenas condiciones, de acuerdo a la Tabla N° 05. Definitivamente en los estudios de Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor & Pajuelo (2012) respaldan los resultados; afirmando que, el 36,2% de historias clínicas, la calidad de registro “falta mejorar”. Esto muestra que hace falta seguir mejorando en la aplicación de las dosis de los medicamentos, los tratamientos médicos quirúrgicos.

Seguidamente, el nivel de registro de la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 78,8% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 21,2% está en buenas condiciones, según los datos obtenidos en la Tabla N° 06. Al respecto, Quispe (2013), indica que el nivel de calidad del registro de historia clínica está por mejorar o es aceptable en un 26,6%. En este aspecto, hace falta seguir mejorando, en el diagnóstico de ingreso, concisión y claridad en el registro, anote del tratamiento médico.

Para terminar, el nivel de registro de la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 64,4% se encuentran en condiciones regulares; el 34,8% en buenas condiciones; mientras que, el 0,8% está en malas condiciones, datos obtenidos en referencia a la Tabla N° 07. El mismo autor anteriormente mencionado; indica que, el nivel de calidad en las interconsultas, el 59,9% se encuentran en buenas condiciones. De lo que se infiere, las condiciones son regulares en el orden de los documentos, uso de formatos oficiales, entre otros.

Al final este estudio pudo encontrar que el 91,2% se encuentran en condiciones regulares; resultado irónico porque el Ministerio Salud, enfatiza la práctica obligatoria de las historias clínicas, más aún, que la norma técnica de la historia clínica exige al médico registrar los datos de manera inmediata y legible.

V. CONCLUSIONES

1. El registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Puesto que, según las fichas analizadas, el 91,2% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 8,8% está en buenas condiciones.
2. La calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Puesto que, según las fichas analizadas, el 74,8% se encuentran en condiciones regulares; el 16,8% en malas condiciones; mientras que, el 8,4% está en buenas condiciones. Esto hacer notar que las la calidad no es adecuada en el anote de la fecha y hora, registro de los datos de filiación, examen del análisis clínico, en la presentación, legibilidad al escribir, sello y firma del médico responsable y el uso de la hoja de problemas.
3. El registro de la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Puesto que, según las fichas analizadas, el 70,4%, se encuentran en condiciones regulares; el 20,8% en buenas condiciones; mientras que, el 8,8% está en malas condiciones. Esto hace notar que: la realización del examen físico completo, el tiempo estándar establecido para el diagnóstico, exámenes auxiliares y otros. Todavía no son las más adecuadas.
4. El registro de las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 65,2%

se encuentran en condiciones regulares; el 33,6% en buenas condiciones; mientras que, el 1,2% está en malas condiciones. Esto indica que, aún falta seguir mejorando en: la secuencia de notas si anotan las fechas, anotar las funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización, seguimiento de los problemas planteados, evolución de acuerdo al SOAP, entre otros.

5. El registro del tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 51,6% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 48,4% está en buenas condiciones. Esto muestra que hace falta seguir mejorando en: anotar diariamente los medicamentos, dosis, vía de administración, periodicidad, duración y dieta; los tratamientos médicos quirúrgicos, consignar la huella y firma del médico que indica el tratamiento, entre otros.
6. El registro de la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 78,8% se encuentran en condiciones regulares; mientras que, el 21,2% está en buenas condiciones. Esto demuestra que, hace falta seguir mejorando en: en el diagnóstico de ingreso, concisión y claridad en el registro, anote del tratamiento médico y quirúrgico impartido, especificación de referencia, entre otros.
7. El registro de la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se encuentra en condiciones regulares. Pues, según las fichas analizadas, el 64,4% se encuentran en condiciones regulares; el 34,8% en buenas condiciones; mientras que, el 0,8% está en malas condiciones. De lo que se infiere que, hace falta seguir mejorando en: el orden de los documentos según

emanan las normas, si en caso de enfermedades epidemiológicas se comunicó a la unidad de epidemiología, uso de formatos oficiales, etc.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Ministro de Salud a través de la Dirección Regional de Ayacucho, formar equipos de supervisión para evaluar los registros de las historias clínicas en el área de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, con la finalidad de mejorar los servicios de salud.
2. A la Gerencia de Salud Local de Huamanga, desarrollar capacitaciones sobre el adecuado registro de las historias clínicas para el personal médico que trabaja en la sección de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, con la finalidad de mejorar los servicios de salud.
3. Al Director del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, tomar medidas correctivas en el adecuado llenado de las historias clínicas en el área de pediatría con la finalidad de mejorar la atención de calidad a los usuarios.
4. A las personas que realizan investigación, que desarrollen estudios referidos al tema, realizan estudios comparativos el registro de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, con la finalidad de mejorar los servicios de salud y ESSALUD.

VII. REFERENCIAS

Abanto, W. I. (2016). *Diseño y desarrollo del proyecto de investigación. Módulo de trabajo*. Trujillo: Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo.

Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Pearson Educación: Colombia. Recuperado de: <http://biblioteca.utma.edu.pe/sites/default/files/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20-%20C%C3%A9sar%20Augusto%20Bernal>

Carrasco, S. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.

Carrión, V. H. (2015). *Desarrollo de una aplicación web basada en el modelo vista controlador para la gestión de las historias clínicas de los pacientes en el Centro de Salud de San Jerónimo*. Tesis para optar el título profesional de ingeniero de sistemas en la Universidad Nacional José María Arguedas de Andahuaylas. Recuperado de: <http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/177/10-2015-EPIS-%20Carrion%20Abollaneda%20Victor-desarrollo%20de%20de%20una%20aplicacion%20web%20modelo%20vista.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cedeño, C. y Guananga, D. (2014). *Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2013*. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8750>

Franco, E. (1998). *La historia clínica importancia y repercusiones*. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE. Recuperado de: http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1998/4/3/histo_importreper_v4_r3.pdf

Gómez, R.A. & Gonzales, M. Y. (2008). *Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COMEVA-Cabecera*. Tesis para obtener el Grado de Magíster en Auditoría en Salud en la Universidad CES Universidad Autónoma – Colombia. Recuperado de:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/308/2/evaluacion_calidad_historias_clinicas_.pdf

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. México: Mc Graw-Hill.

Hospital San José – Callao (2004). *Manual de Auditoria en Salud*. Recuperado de:
http://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf.

Matzumura, J. P., Gutiérrez, H. Sotomayor, J. & Pajuelo, G. (2012). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n3/a07v75n3.pdf>

Ministerio de Salud – Perú (2005). *Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud - Dirección General de Salud de las Personas N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02*. Recuperado de:
<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/NTHC.pdf>.

Ministerio de Salud - Perú (2006). *Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud - Dirección General de Salud de las Personas N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.01*. Recuperado de:
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/RM597-2006->

[MINSA%20-20NT%20022%20Gestion%20de%20Historia%20Clinica%20v2.0.pdf](#).

Montero, I. W. y De La Cruz, M. (2016). *Metodología de la investigación científica*. Huancayo: Industria gráfica Graficorp.

Ñaupas, H. (2009). *Metodología de la investigación científica y asesoramiento de tesis*. Lima: Gráfica Retai. S.A.C.

Pérez, J. (2012). *Importancia de la Historia Clínica*. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/eduardo1821/importancia-de-la-historia-clinica>

Portillo, M. & Roque, E. (2003). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Juan Gutemberg.

Quesada (2015). *Importancia de la Historia Clínica*. Recuperado de: <https://mundogestalt.com/importancia-de-la-historia-clinica/>

Quispe, M. C. (2013). *Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del callao, Perú 2013*. Recuperado de: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n4.a32.pdf>

Renau, J. & Pérez, I. (2001). *Evaluación de la calidad de las historias clínicas*. Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón. Recuperado de: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1006.pdf>

Reyes, E. M., Rodríguez, A. M., Thomas, E., Raya, L., Gastón, J. L. & Molina, R. (2012). *Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria*. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín

Sur. Granada Vol. 13, Nº. 2, agosto 2012. Recuperado de:
http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v13n2/v13n2_07_original.pdf

Ruíz, A. (2014). *Método de Archivo Convencional y Dígito Terminal*. Recuperado de:
http://adela82014.blogspot.pe/2014/03/metodo-de-archivo-convencional-y-digito_15.html

Valderrama, S. (2007), *Pasos para Elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica*. Lima: San Marcos.

Velito, A. S. & Tejada, S. R. (2010). *La historia clínica como instrumento de calidad*. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. Recuperado de:
<http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>

ANEXO
ANEXO N° 01: INSTRUMENTO

**MODELO SUGERIDO PARA LLENADO DE FORMATO DE
AUDITORIA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN**

1. Calidad de registros de Historia Clínica

a) Se anota fecha y hora

Ausente: 0
Mínimo: 5 sólo fecha o sólo hora
Máximo: 10 se registran ambos datos

b) Se registran datos de filiación

No: 0
Incompleto: 5
Completo: 10

Completo: Incluye nombre, apellido, número de seguro, número de historia clínica, edad, sexo, raza, ocupación, lugar de nacimiento y procedencia.

c) Se registra anamnesis y examen clínico

Ausente: 0
Mínimo: 20 anamnesis y examen clínico orientado al problema
Máximo: 40 antecedentes, anamnesis en orden cronológico y examen clínico completo, incluido peso.

d) Se anota Plan de Trabajo

Ausente: 0
Incompleto: 20
Completo: 40

e) Firma y sello del Médico

Ausente: 0
Mínimo: 5 solo firma o solo sello
Máximo: 10 firma y sello (post firma)

f) Presentación

Pulcritud
Orden

Legibilidad
No uso de abreviaturas

No cumple ninguno:	0
Cumple dos de ellas:	5
Cumple tres de ellas:	7
Cumple todas:	20

g) Utiliza hoja de problemas

No:	0
Si:	10

2. Metodología Diagnóstica

a) Se realiza examen físico:

Realizó examen física en forma incompleto (solo preferencial)	40
El examen físico se realizó en forma completa (con mayor énfasis en preferencial)	80

b) Dx. presuntivo congruente con Historia Clínica

No:	0
Si:	80

c) Adecuado planteamiento de problemas encontrados

No	0
Parcialmente	20
Totalmente adecuado	40

d) Tiempo promedio empleado de acuerdo a estándares para llegar al diagnóstico:

3 días o menos	40
4 a 5 días	20
Mayor a 5 días	0

e) Pertinencia de procedimientos diagnóstico e interconsulta

No	0
Parcialmente	20
Concuerda	40

f) Exámenes auxiliares están de acuerdo con la Historia Clínica y Diagnóstico presuntivo.

Ninguno:	0 Se solicitó exámenes pero no están de acuerdo con la Historia Clínica ni con el diagnóstico presuntivo o no se solicito y eran necesarios según Historia Clínica.
Algunos:	30
Todos:	60

3. Notas de evolución

a) Secuencia de notas entre si anotando fecha y hora

No hay secuencia ni fecha ni hora	0
Anota fecha y hora sin secuencia	10
Correlación de notas, fecha y hora	20

b) Se anota control de funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización:

No anota	0
Parcialmente	10
Completo	20

c) Seguimiento de los problemas planteados:

No hubo seguimiento	0
Se realizó seguimiento en forma parcial	15
Se realizó seguimiento en forma total con resolución de problemas planteados	30

d) Evolución de acuerdo al SOAP

No:	0
Solo subjetivo y objetivo	30
Subjetivo-objetivo-apreciación y plan de trabajo (siendo datos congruentes con el diagnóstico)	50

e) Se anota y comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas:

No anota ni comenta	0
Solo anota o solo comenta	10
Anota y comenta los resultados e interconsultas	20

f) Aparece el nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución:

Ausente nombre y firma	0
Aparece solo nombre o solo firma	5
Aparece nombre y firma	10

g) Se anotan si el paciente esta de alta, será referido o contra referido:

No anotan	0
Anotan solo el alta no la referencia	5
Anota alta, referencia y contrarreferencia	10

h) Relato claro y conciso sin usar abreviaturas

No	0
Claro y conciso	5
Claro conciso, sin abreviaturas	10

4. Tratamiento

a) Se anota diariamente medicamentos, dosis, vías de administración, periodicidad duración y dieta.

No se anota	0
Solo dosis y vía de administración	20
Dosis, vía de administración y periodicidad	30
Anota todo lo señalado	40

b) La duración del tratamiento es congruente con el diagnóstico

No	0
Parcialmente	20
Es congruente	40

c) **Tratamiento médico quirúrgico fueron apropiados de acuerdo a protocolo:**

No	0
Tratamiento no fue del todo apropiado	30
Tratamiento fue apropiado	60

d) **Ausencia de complicaciones o secuelas graves en relación al tratamiento médico y/o quirúrgico.**

Si:	30
No:	0

e) **Aparece firma y sello del médico que indica el tratamiento.**

No:	0
Solo firma o solo sello	5
Firma y sello	10

5. Hoja de egreso: Epicrisis

a) **Filiación**

Filiación – fecha y hora	5
Solo filiación o solo fecha y hora de ingreso y egreso	7
Filiación – fecha y hora de ingreso y egreso	10

b) **Diagnóstica de ingreso y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de la Historia Clínica**

Si	10
No	10

c) **El resumen de Historia Clínica es claro y conciso**

Si	20
No	0

d) **Se anota tratamiento médico y quirúrgico impartido**

No	0
Parcialmente	5
Si en su totalidad	10

e) Firma y sello del médico

Solo firma	5
Firma y posfirma o sello	10
Ninguno	0

f) Especifica referencia, contrarreferencia y problemas pendientes

Si	0
No	0

6. Evaluación final y observaciones

a) Los documentos aparecen en el orden establecidos por las normas

No	0
Algunos	2
Todos	5

b) En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica si notificó a la Unidad de Epidemiología

No	0
Si	0

c) Uso de formatos oficiales:

Ninguno	0
Algunos	2
Todos los formatos	0

d) El contenido de la Historia Clínica es útil para la enseñanza

No	0
Insuficiente	2
Completos	10

e) Registro de enfermería u obstetricia

Adecuado manejo de la hoja de signos vitales y partograma

No	0
Parcialmente	10
Adecuado	20

f) Secuencia de las notas de enfermería, fecha hora y turno:

No	0
Solo fecha y hora	5
Correlación de notas, fecha, hora y turno	10

g) Se anota grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente:

No	0
Solo grado de dependencia o plan de atención	5
Ambos	10

h) Anota datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento y procedimiento.

No	0
Parcialmente	2
Totalmente	10

i) Se anota diariamente en cada turno balance hídrico o diuresis:

No	0
Algunos días	2
Todos los días	10

j) Firma y sello de enfermera u obstetriz

No	0
Solo firma o solo sello	5
Firma y sello	10

Luego evaluar la Historia Clínica proceda a sumar los puntajes y compare con la siguiente escala valorativa:

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

H.C. EXCELENTE	:	91 A 100%
H.C. BUENA	:	71 A 90%
H.C. REGULAR	:	51 A 70%
H.C. MALA	:	00 A 50%

El máximo puntaje es 1,000 equivalente al 100%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Se aplicará la hoja de Evaluación de Historias Clínicas de Hospitalización y Consulta Externa.
- El auditor eliminará hasta un máximo posible la subjetividad aplicando estrictamente los criterios de evaluación establecida.
- La historia clínica según las normas establecidas internacionalmente debe registrar como mínimo:
 1. ¿Cuál es el estado subjetivo del paciente y los hallazgos objetivos del médico?
 2. ¿Cuál fue el diagnóstico presuntivo?
 3. ¿Qué elementos de ayuda diagnóstica se solicitan?
 4. ¿Qué tratamiento recibió (periódicos, vía, dosis, características)?
 5. ¿Cuál fue la evolución del paciente?
 6. ¿Lapso durante el que se desarrolló el proceso?
 7. ¿Cuál fue el diagnóstico definitivo?

MODELO SUGERIDO

ANEXO 1 HOJA DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN HOSPITALIZACIÓN

PARAMETROS	PUNTAJE		
	Ausen.	Medio	Max
I. CALIDAD DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA			
a) Se anota fecha y hora.	0	5	10
b) Se registra datos de filiación.	0	5	10
c) Se registra anamnesis, relato cronológico y examen clínico.	0	20	40
d) Se anota plan de trabajo.	0	10	20
e) Firma y sello del médico que la elabora.	0	5	10
f) Presentación de la historia (pulcritud, orden, legibilidad, relato claro sin usar abreviaturas).	0	5	10
g) Utiliza hoja de problemas.	0	5	10
PUNTAJE MÁXIMO			120
II. METODOLOGIA DIAGNÓSTICA			
a) Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial congruente con anamnesis.	0	30	60
b) Diagnóstico presuntivo congruente con Historia clínica.	0	40	80
c) Adecuado planteamiento de problemas encontrados.	0	20	40
d) Tiempo adecuado en llegar al diagnóstico definitivo.	0	20	40
e) Pertinencia de procedimientos diagnósticos e interconsulta.	0	20	40
f) Exámenes auxiliares congruentes con diagnóstico presuntivo.	0	30	60
PUNTAJE MÁXIMO			320
III. NOTAS DE EVOLUCIÓN	0	10	20
a) Secuencia de notas entre sí anotando fecha y hora.	0	10	20
b) Se anota control de funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización.	0	15	30
c) Seguimiento de problemas planteados.	0	30	60
d) Se evoluciona respetando orden: subjetivo-objetivo-apreciación-plan (SOAP)	0	15	30
e) Se anota, interpreta o comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas.	0	5	10
f) Aparecen nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución.	0	5	10
g) Se anota condición del paciente al alta y si es referido o contrareferido.	0	10	20
h) Relato claro y conciso sin usar abreviaturas.			
PUNTAJE MÁXIMO			200
IV. TRATAMIENTO Y ORDENES DEL MEDICO			
a) Señala anotación diaria de medicamentos indicando presentación vía de administración periodicidad y dieta.	0	20	40
b) La duración del tratamiento es congruente con el diagnóstico.	0	20	40
c) Tratamiento médico y/o quirúrgico fueron apropiados.	0	30	60
d) Ausencia de complicaciones en relación al tratamiento. Vía de administración, periodicidad y dieta.	0		30
e) Aparece firma y sello del médico que indica el tratamiento.	0	5	10

PUNTAJE MÁXIMO	180		
VI. HOJA DE EGRESO – EPICRISIS			
a) filiación fecha y hora de ingreso y egreso, médicos tratantes.	0	2	10
b) Diagnóstico de ingreso y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de Historia Clínica.	0		10
c) El resumen de historia Clínica es claro y conciso.	0	10	20
d) No se omite tratamiento médico y quirúrgico impartidos.	0	5	10
e) Firma y sello del médico.	0	5	10
f) Especificar referencia y contrarreferencia y problemas pendientes.	0	2	10
PUNTAJE MÁXIMO	70		
VII. EVALUACIÓN FINAL Y OBSERVACIONES			
a) Los documentos de la Historia Clínica aparecen en el orden establecido por las normas institucionales.	0	2	5
b) En caso de enfermedades de vigilancia Epidemiológica.	0		10
c) Uso de formatos oficiales en la Historia Clínica.	0		5
d) En contenido de la Historia Clínica es útil par la enseñanza e investigación.	0		10
PUNTAJE MÁXIMO	30		
VIII. REGISTROS DE ENFERMERÍA			
a) Adecuado manejo de la hoja de signos vitales.	0	10	20
b) Secuencia de las notas de enfermería, anotando fecha, hora y turno.	0	5	10
c) Se anota grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente.	0	5	10
d) Se anota diariamente datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento de indicadores y procedimientos de enfermería	0	10	20
e) Se anota diariamente y en cada turno balance hídrico.	0	2	10
f) Aparece firma y sello o post firma de enfermería que hizo la nota.	0	5	10
PUNTAJE MÁXIMO	80		
TOTAL	1,000		

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

El máximo puntaje es 1,000 equivalente al 100%

H.C. EXCELENTE : 91 A 100%
 H.C. BUENA : 71 A 90%
 H.C. REGLAR : 51 A 70%
 H.C. MALA : 00 A 50%

ANEXO N° 02: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD		
N° de ítems	Correlación de Pearson (El resultado es mayor a 0.21)	Resultado
1	0.50	Válido
2	0.77	Válido
3	0.42	Válido
4	0.66	Válido
5	0.33	Válido
6	0.23	Válido
7	0.45	Válido
8	0.41	Válido
9	0.45	Válido
10	0.35	Válido
11	0.33	Válido
12	0.23	Válido
13	0.40	Válido
14	0.77	Válido
15	0.44	Válido
16	0.34	Válido
17	0.71	Válido
18	0.45	Válido
19	0.71	Válido
20	0.67	Válido
21	0.56	Válido
22	0.46	Válido
23	0.47	Válido
24	0.29	Válido
25	0.24	Válido
26	0.38	Válido
27	0.27	Válido
28	0.37	Válido
29	0.48	Válido
30	0.24	Válido
31	0.22	Válido
32	0.34	Válido
33	0.42	Válido
34	0.47	Válido
35	0.46	Válido
36	0.06	Válido
37	0.22	Válido
38	0.41	Válido
39	0.51	Válido
40	0.54	Válido
41	0.65	Válido
42	0.45	Válido

ANEXO N° 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.

AUTORA: Br. Torres Mendoza, Mavel.

ASESORA: Dra. Orellana De Piscoya, Lucy

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO	VARIABLE	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN
<p>GENERAL: ¿Cómo se encuentra el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?</p> <p>ESPECÍFICOS: PE1: ¿Cómo es la calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018? PE2: ¿Cómo se registra la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018? PE3: ¿Cómo se registran las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018? PE4: ¿Cómo se registra el tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018? PE5: ¿Cómo se registra la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018? PE6: ¿Cómo se registra la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018?</p>	<p>GENERAL: Evaluar el registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.</p> <p>ESPECÍFICOS: OE1: Evaluar la calidad de los registros en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. OE2: Evaluar el registro de la metodología diagnóstica en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. OE3: Evaluar el registro de las notas de evolución en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. OE4: Evaluar el registro del tratamiento en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. OE5: Evaluar el registro de la hoja de egreso: epicrisis en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. OE6: Evaluar el registro de la evaluación final y observaciones en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018.</p>	<p>X = VARIABLE DE OBSERVACIÓN Registro de Historia Clínica.</p> <p>DIMENSIONES: 1. Calidad de registros 2. Metodología Diagnóstica 3. Notas de evolución 4. Tratamiento 5. Hoja de egreso: Epicrisis 6. Evaluación final y observaciones</p>	<p>No Experimental Uni – variable</p> <p>TRANSECCIONAL O TRANSVERSAL Periodo = enero - agosto 2018.</p>	<p>POBLACIÓN: 450 registros de las historias clínicas en el área de hospitalización del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel A. Mariscal Llerena” - 2018. 10 médicos.</p> <p>MUESTRA: 250 registros de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría.</p>	<p>MÉTODOS: Descriptivo Deductivo Analítico Estadístico</p> <p>TÉCNICA: Análisis documental Focus group Entrevista</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de análisis documental Panel Guía de entrevista</p> <p>MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS: Software: IBM-SPSS versión 25</p> <p>A nivel descriptivo: Tablas con frecuencia absoluta y relativa y gráficos.</p>

ANEXO Nº 04: Constancia que acredita la realización del estudio

SOLICITO: ACCESO DE DATOS DE LAS HISTORIAS
CLINICAS CON FINES DE INVESTIGACION

Señor:

Dr. Jimmy Homero Ango Bedriñana

Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ayacucho

Presente

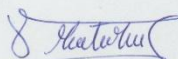
De mi especial consideración:

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO	
MESA DE PARTES	
14 JUN. 2018	
REG. DOC.	FOLIO: 52
REG. EXP.	HORA: 3:20
	FIRMA: 

Es grato de dirigirme a usted para saludarle y expresar mis felicitaciones por la labor que realiza en bien de la salud de la población de Ayacucho.

Yo, Mavel Torres Mendoza, médica que labora en la institución el cual dirige y estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo, vengo desarrollando el Proyecto de Investigación titulado "Registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena 2017", que ejecutare dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarme las facilidades del caso e indicar a quien corresponde.

Atentamente,



Mavel Torres Mendoza
DNI 20107794

Ayacucho, 14 de junio de 2018

CARTA N° 005 - 2018/UCV-AYACUCHO

Señor:

Dr. JIMMY ANGO BEDRIÑANA

Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ayacucho

Presente.

ASUNTO. PRESENTACIÓN DE ESTUDIANTES DE POSGRADO-UCV

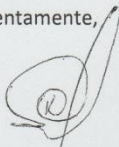
De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez presentarle a:

TORRES MENDOZA MAVEL del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, quienes vienen desarrollando el Proyecto de Investigación titulado "Registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena 2017"; por lo que me digno en pedir facilidades para la mencionada maestranda, quien ejecutará dicha investigación en la Institución a su cargo.

Atentamente,




MBA Danny David Contreras García
Responsable ORCI - Ayacucho

c.c
DDCG
Archivo

Coordinación Posgrado Ayacucho Jr. Quinua N° 240 Celular: 952922016



UNIDAD DE SEGUROS

“Año del Dialogo y Reconciliación Nacional”

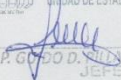
CONSTANCIA

A la trabajadora, Mavel Torres Mendoza quien solicitó autorización a la Jefatura de Estadística e Informática, mediante la Carta N° 005-2018/UCV-Ayacucho, de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo, con fecha 14 de junio del 2018, para realizar la tesis titulada “Registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena-2018”, para evaluar la calidad de registro de las historias clínicas registradas por los profesionales de la salud. Lo cual ha sido aceptado brindándosele las facilidades del caso para su ejecución, realizándose el día 14 de junio del presente año.

Se le otorga el presente documento a solicitud escrita de la interesada para los fines que estime por conveniente.

Ayacucho, 29 de junio del 2018

Atentamente:


HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
TAP. G. SO D. SILVIA LAURENTE
JEFE

C.c.
Archivo

ANEXO 1

**ACTA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD
DE LOS TRABAJOS ACADEMICOS DE LA UCV**

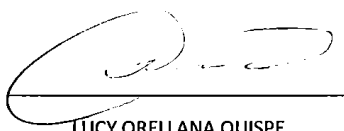
Yo, Lucy Orellana Quispe, Asesora del trabajo académico titulado

Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho
"Miguel Ángel Mariscal Llerena" - 2018

Del estudiante Torres Mendoza Mavel, he constatado por medio del uso de la herramienta
TURNITIN lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 20%, verificable en el reporte
de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte trabajo en
aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y
referencias establecidas por la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo 10 agosto del 2016



LUCY ORELLANA QUISPE

REVISORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON LA HERRAMIENTA TURNITÍN

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Torres Mendoza, Mavel, identificado con DNI N° 20107794, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, sede filial Trujillo; declaro que el trabajo académico titulado: "Registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" - 2018".

Presentada, para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud es de mi auditoria.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
- Soy consciente que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De demostrar uso material ajeno sin debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Ayacucho, 30 de julio de 2018.



Br. Torres Mendoza, Mavel
DNI N° 20107794

OTRAS EVIDENCIAS

FICHA TÉCNICA

Instrumento	Ficha de análisis documental.
Autor	Hospital San José – Callao 2004
Origen	MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO
URL	http://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf
Ámbito de aplicación	Hospitales públicos
Administración	Individual
Objetivo	Valorar la calidad del registro de las historias clínicas
Dimensiones	<ol style="list-style-type: none">1. Calidad de registros2. Metodología Diagnóstica3. Notas de evolución4. Tratamiento5. Hoja de egreso: Epicrisis6. Evaluación final y observaciones
Campo de aplicación	Hospitales públicos.
Duración	El tiempo de aplicación de este instrumento es de 3 horas aproximadamente.
Calificación	La escala de valoración es intervalo: H.C. Excelente: 91 a 100% H.C. Buena: 71 a 90% H.C. Regular: 51 a 70% H.C. Mala: 00 A 50%

Base de datos

REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS							
N°	CALIDAD DE REGISTRO	METDOLOGÍA DIAGNÓSTICA	NOTAS EVOLUTIVAS	TRATAMIENTO	HOJA DE EGRESO: EPICRISIS	EVALUACIÓN FINAL Y OBSERVACIONES	TOTAL FINAL
1	2	2	3	3	2	3	2
2	2	2	2	3	2	2	2
3	2	2	2	3	2	3	2
4	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	3	2	3	2
6	1	2	2	2	2	3	2
7	2	2	2	2	2	2	2
8	2	2	2	3	2	2	2
9	1	2	2	2	2	2	2
10	2	2	2	2	2	2	2
11	2	3	2	3	2	2	2
12	2	3	2	2	2	2	2
13	1	3	3	2	2	3	2
14	1	3	2	2	2	2	2
15	1	3	3	2	2	2	2
16	1	3	3	2	2	2	2
17	2	3	3	3	2	2	2
18	1	3	3	2	2	2	2
19	2	2	3	2	2	2	2
20	1	2	3	2	2	2	2
21	1	2	3	2	2	2	2
22	2	2	3	2	2	2	2
23	2	2	3	2	2	2	2
24	2	2	3	2	2	2	2
25	2	2	3	2	2	2	2
26	1	2	2	2	2	3	2
27	2	2	3	3	2	3	2
28	2	2	3	3	3	2	2
29	2	2	3	3	3	2	2
30	3	2	2	3	3	2	2
31	2	2	3	3	2	2	2
32	2	2	3	3	2	2	2
33	3	2	3	3	3	3	3
34	2	2	3	3	2	2	2
35	2	2	3	3	3	3	3
36	2	2	3	2	3	3	2
37	2	2	3	2	2	1	2
38	2	2	3	3	3	2	2
39	2	2	3	2	2	3	2
40	2	2	3	2	2	3	2
41	2	2	3	3	2	3	2
42	2	2	3	2	2	3	2
43	2	2	3	2	2	3	2
44	2	2	2	2	2	2	2
45	2	2	3	2	2	3	2
46	2	2	3	2	2	3	2
47	2	2	3	3	2	3	2
48	2	2	3	2	2	1	2
49	2	2	3	3	2	3	2
50	2	2	3	2	2	3	2
51	2	2	3	3	2	3	2
52	2	2	3	3	2	3	2

53	2	2	3	3	2	3	2
54	2	2	3	3	2	3	2
55	2	2	3	3	2	2	2
56	1	2	2	3	2	2	2
57	2	2	3	3	2	2	2
58	2	2	3	2	2	2	2
59	2	2	3	3	2	2	2
60	2	2	2	2	2	2	2
61	2	2	3	3	2	2	2
62	2	2	2	3	2	2	2
63	2	2	2	3	2	3	2
64	2	2	2	2	2	2	2
65	2	2	2	3	2	3	2
66	2	2	2	2	2	3	2
67	2	2	2	2	2	2	2
68	2	2	2	3	2	2	2
69	2	1	2	2	2	2	2
70	2	2	2	2	2	2	2
71	2	2	2	3	2	2	2
72	2	2	2	2	2	2	2
73	2	2	3	2	2	3	2
74	2	2	2	2	2	2	2
75	2	2	3	2	2	2	2
76	2	3	2	2	2	2	2
77	2	3	2	3	2	2	2
78	2	3	2	2	2	2	2
79	2	2	2	2	2	2	2
80	2	2	2	2	2	2	2
81	1	3	2	2	2	2	2
82	2	3	2	2	2	2	2
83	2	2	2	2	2	2	2
84	2	2	2	2	2	2	2
85	2	1	2	2	2	2	2
86	2	1	2	2	3	2	2
87	2	2	3	3	3	2	2
88	2	2	3	3	3	2	2
89	2	2	3	3	3	2	2
90	2	2	2	3	3	2	2
91	2	2	3	3	3	2	2
92	2	2	2	3	3	2	2
93	2	2	2	3	3	3	2
94	2	2	2	3	3	2	2
95	2	2	2	3	3	3	2
96	2	3	2	2	3	3	2
97	2	2	2	2	3	2	2
98	2	2	2	3	3	2	2
99	2	2	2	2	2	3	2
100	2	2	3	2	2	3	2
101	2	3	3	3	2	3	2
102	2	2	3	2	2	3	2
103	2	2	3	2	2	3	2
104	1	2	1	2	2	3	2
105	2	2	2	2	2	3	2
106	2	2	2	2	2	3	2
107	2	2	2	3	2	3	2
108	2	2	2	2	2	2	2
109	2	2	2	3	2	3	2
110	1	2	2	2	2	3	2

111	2	2	2	3	2	3	2
112	2	2	2	3	2	3	2
113	2	2	2	3	2	3	2
114	2	2	2	3	2	3	2
115	2	1	2	3	2	2	2
116	1	1	2	3	2	2	2
117	2	2	3	3	2	2	2
118	2	2	3	2	2	2	2
119	2	2	3	3	2	2	2
120	2	2	2	2	2	2	2
121	3	3	3	3	2	2	3
122	3	3	2	3	2	2	2
123	3	3	2	3	2	2	2
124	3	3	2	2	2	2	2
125	2	1	2	3	2	2	2
126	1	1	2	2	2	2	2
127	3	3	2	2	2	2	2
128	3	3	2	3	2	2	2
129	3	3	3	3	3	2	3
130	3	3	3	3	3	2	3
131	3	3	3	3	3	3	3
132	3	3	3	3	3	3	3
133	3	3	3	3	3	3	3
134	2	3	3	3	3	3	3
135	3	3	3	3	3	2	3
136	2	3	3	3	3	3	3
137	3	3	3	3	3	3	3
138	2	3	3	3	3	3	3
139	2	3	3	3	3	3	3
140	2	2	3	2	2	3	2
141	1	2	3	2	2	3	2
142	2	3	3	2	2	3	2
143	2	3	3	2	2	3	2
144	2	2	2	2	2	3	2
145	2	2	2	2	2	3	2
146	1	2	2	2	2	3	2
147	2	2	3	3	2	3	2
148	2	2	3	3	3	3	2
149	2	2	3	3	3	3	2
150	2	2	2	3	3	2	2
151	2	2	3	3	2	2	2
152	2	2	3	3	2	2	2
153	2	2	2	3	3	2	2
154	2	2	2	3	2	2	2
155	2	2	2	3	3	2	2
156	1	2	2	2	3	2	2
157	1	2	2	2	2	2	2
158	2	3	3	3	3	2	2
159	3	3	2	3	3	3	3
160	3	3	2	3	3	3	3
161	3	3	2	3	3	3	3
162	2	1	2	2	2	3	2
163	2	1	2	2	2	3	2
164	1	1	2	2	2	2	2
165	2	2	2	2	2	2	2
166	2	2	2	2	2	2	2
167	2	2	2	3	2	2	2
168	2	2	2	2	2	2	2

169	2	2	2	3	2	2	2
170	1	2	2	2	2	3	2
171	1	2	2	3	2	3	2
172	2	2	2	3	2	3	2
173	2	2	2	3	2	3	2
174	2	2	2	3	2	2	2
175	2	3	2	3	2	2	2
176	2	2	2	3	2	2	2
177	2	2	2	3	2	2	2
178	2	2	2	2	2	2	2
179	2	3	3	3	3	3	3
180	2	3	3	3	3	3	3
181	2	3	3	3	3	3	3
182	2	3	3	3	3	3	3
183	2	3	3	3	3	3	3
184	2	2	2	2	2	2	2
185	2	2	2	3	2	2	2
186	3	2	2	2	2	2	2
187	2	2	2	2	2	2	2
188	2	2	2	3	2	2	2
189	1	2	2	2	2	2	2
190	2	2	2	2	2	2	2
191	2	3	2	3	2	2	2
192	2	3	2	2	2	2	2
193	2	3	2	2	2	2	2
194	2	3	2	2	2	2	2
195	2	3	2	2	2	2	2
196	2	3	2	2	2	2	2
197	2	3	2	3	2	2	2
198	2	3	2	2	2	2	2
199	2	2	2	2	2	2	2
200	3	2	2	2	2	2	2
201	3	2	2	2	2	2	2
202	1	2	2	2	2	2	2
203	1	2	2	2	2	2	2
204	1	2	2	2	2	2	2
205	1	2	2	2	2	2	2
206	1	2	2	2	2	2	2
207	1	2	2	3	2	2	2
208	1	2	2	3	3	2	2
209	1	2	2	3	3	2	2
210	2	2	2	3	3	2	2
211	2	2	2	3	2	2	2
212	2	2	2	3	2	2	2
213	2	2	2	3	3	2	2
214	2	2	2	3	2	2	2
215	2	1	2	3	3	2	2
216	1	1	2	2	3	2	2
217	1	1	2	2	2	2	2
218	2	1	2	3	3	2	2
219	2	1	2	2	2	3	2
220	2	1	2	2	2	3	2
221	1	1	2	3	2	3	2
222	2	2	2	2	2	3	2
223	2	2	2	2	2	3	2
224	1	2	1	2	2	2	2
225	2	2	2	2	2	2	2
226	2	1	2	2	2	2	2

227	2	2	2	3	2	2	2
228	2	2	2	2	2	2	2
229	2	2	2	3	2	2	2
230	1	2	2	2	2	3	2
231	1	2	2	3	2	3	2
232	2	2	2	3	2	3	2
233	2	2	2	3	2	3	2
234	2	2	2	3	2	2	2
235	2	2	2	3	2	2	2
236	1	2	2	3	2	2	2
237	2	2	2	3	2	2	2
238	2	2	2	2	2	2	2
239	1	2	2	3	2	2	2
240	2	2	2	2	2	2	2
241	2	2	2	3	2	2	2
242	2	2	2	3	2	2	2
243	2	2	2	3	2	2	2
244	2	2	2	2	2	2	2
245	2	1	2	3	2	2	2
246	1	1	2	2	2	2	2
247	1	1	1	2	2	2	2
248	2	2	2	3	2	2	2
249	2	1	2	2	2	2	2
250	2	2	2	2	2	2	2

Resultados de confiabilidad: Registro de la historia clínica

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,806	42

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	101,9000	26,989	,737	,790
VAR00002	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00003	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00004	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00005	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00006	101,9000	29,211	-,049	,831
VAR00007	103,0000	28,667	,148	,806
VAR00008	102,8000	29,511	,000	,807
VAR00009	102,8000	29,511	,000	,807
VAR00010	102,0000	29,556	-,048	,813
VAR00011	103,8000	29,511	,000	,807
VAR00012	102,0000	26,444	,666	,788
VAR00013	101,9000	26,989	,737	,790
VAR00014	101,9000	26,989	,737	,790
VAR00015	101,9000	29,211	,059	,808
VAR00016	102,3000	29,122	,020	,813
VAR00017	102,3000	26,456	,512	,792
VAR00018	102,3000	30,233	-,173	,821
VAR00019	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00020	102,8000	29,511	,000	,807
VAR00021	102,2000	25,511	,716	,783
VAR00022	101,5000	26,500	,368	,799
VAR00023	102,1000	25,878	,692	,785
VAR00024	102,1000	25,878	,692	,785
VAR00025	103,8000	29,511	,000	,807
VAR00026	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00027	101,9000	26,989	,737	,790
VAR00028	103,8000	29,511	,000	,807
VAR00029	103,5000	33,389	-,736	,839
VAR00030	102,0000	26,444	,666	,788
VAR00031	102,8000	29,511	,000	,807
VAR00032	103,0000	27,111	,506	,794
VAR00033	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00034	103,8000	29,511	,000	,807
VAR00035	101,8000	29,511	,000	,807
VAR00036	102,5000	23,167	,906	,767
VAR00037	101,9000	26,989	,737	,790
VAR00038	102,0000	24,667	,707	,780
VAR00039	101,9000	26,989	,737	,790
VAR00040	102,3000	26,678	,240	,811
VAR00041	101,9000	28,989	,124	,806
VAR00042	101,8000	29,511	,000	,807

**FOTO N° 1 ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
DE AYACUCHO**



**FOTO N° REGISTRO DE LA INFORMACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS
DEL SERVICIO DE PEDIATRIA**

